


# 健康診断書

氏名		男 女	生年 月日	大昭平	年 月 日 ( 歳)
労災における傷病名	頸髄損傷 胸髄損傷 腰髄(以下)損傷 じん肺 頭部外傷 その他( )				労災年金種別 傷病 (1・2・3級) 障害 (1・2・3・4級) その他( )
傷病部位	四肢、両下肢、片麻痺(右左)、その他( )				
労災疾患の治療経過					
その他の疾患					視力障害 有(軽、中、全)・無
					聴力障害 有(軽、中、全)・無
					言語障害 有(軽、中、全)・無
血液検査及び感染症	・HBs抗原(陽性・陰性)・HCV(+・-)				精神障害 有・無
	・梅毒(陽性・陰性)				症状と治療内容
	・空腹時血糖 ( )				遷延性意識障害 有( )・無
	・RBC( )・WBC( )・Hb( )				認知症 有・無
	・GOT[AST]( )・GPT[ALT]( )				症状と治療内容
・その他の感染症(有・無) 有の場合( )				問題行動 有・無	
				行動内容	
血圧	/		心電図異常所見	有( )・無	
日常生活動作	表記方法：全介助(×) 一部介助(△) 介助不要(○)				
	・食事( ) ・整容( ) ・排尿( ) ・排便( )				
	・衣服着脱( ) ・入浴( ) ・車椅子移乗( ) ・車椅子移動( ) ・歩行( ) (装具・要、不要)				
現在の治療	入院 通院  回/月 回/週			与薬(有・無) ある場合 はその内容	
胸部レントゲンの所見	 (6か月以内に撮影したもの) 年 月撮影				
総合所見	*医師は常駐していませんが、看護師が常駐している施設での集団生活の可否をお書きください。				
	所見：				可 ・ 否
上記のとおり診断しました。 令和 年 月 日 一般財団法人労災サポートセンター会長 様 医療機関名 所在地 医師 氏名					